

University of Groningen

## Toezicht en klachten in de Tanzaniaanse gezondheidszorg

Tollenaar, Albertjan

*Published in:*  
Degelijk en betrouwbaar bestuur

**IMPORTANT NOTE:** You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

*Document Version*  
Final author's version (accepted by publisher, after peer review)

*Publication date:*  
2018

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Tollenaar, A. (2018). Toezicht en klachten in de Tanzaniaanse gezondheidszorg. In A. J. M. G. Van Montfort (editor), *Degelijk en betrouwbaar bestuur: Liber amicorum Rudie Hulst* (blz. 105-112). Wolf Legal Publishers.

### Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

### Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

*Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.*

# Toezicht en klachten in de Tanzaniaanse gezondheidszorg

Albertjan Tollenaar

## 1. Inleiding

De snelste verbinding tussen Dar es Salaam en Morogoro is een tweebaansweg van wisselende kwaliteit, soms onderbroken door wegwerkzaamheden, maar vaker het decor van gekantelde autobussen en gestrande vrachtwagens. De weg vormt ook een fraai decor van tal van juridische en bestuurskundige vraagstukken. Zo valt op dat al enige jaren geleden op de bouwwerken langs de weg met rode verf kruisen zijn aangebracht. Deze kruisen zijn het resultaat van de aankondiging van John Magufuli, destijds minister van transport en inmiddels president van het land, dat de weg zou worden verbreed tot een zesbaansweg (The Citizen 1 maart 2014). De kruisen bevatten de boodschap dat het bouwwerk te dicht bij de geplande tracé staat en zal moeten worden afgebroken op het moment dat met de bouwwerkzaamheden wordt gestart. Je kunt je afvragen welke rechten de eigenaren van die bouwwerken hebben om zich te verzetten tegen die aanduiding, of in welke mate zij worden gecompenseerd voor de toekomstige aantasting van hun eigendom.

Een andere waarneming betreft de concentratie van economische diensten langs dezelfde weg. De kleine entrepreneurs blijken verbazingwekkend vaak precies dezelfde producten aan te bieden. Vertrekkend vanuit Dar es Salaam rijdt men eerst vele kilometers langs houtbewerkers die dezelfde meubels aanbieden, dan aanbieders van precies dezelfde stenen en bouwmaterialen, gevolgd door verkopers van identieke rieten manden en verderop staan rijen met zakjes houtskool. De weg illustreert dat de vrije markt niet altijd tot diversiteit leidt.<sup>1</sup>

Rudie heeft de weg naar Morogoro vele malen afgelegd. Met als doel de het decentralisatiebeleid te versterken, werkten we daar samen aan de versterking van het bestuurskundig onderwijs aan Mzumbe University. Dit project liep van 15 januari 2011 tot 15 januari 2015 en betrof een samenwerkingsverband van de Rijksuniversiteit Groningen, de VU Amsterdam en twee consultancy partners (CDP en MDF). In het kader van dit project hebben we promovendi opgeleid en onderzoek gedaan met onderzoekers van Mzumbe University. De belangrijkste les van dat onderzoek is dat er een groot gat gaapt tussen het beleid op papier, dat vaak geïnspireerd is op Westerse denkbeelden, en het beleid zoals dat in de praktijk wordt uitgevoerd.<sup>2</sup> Vaak ziet het beleid er fraai uit, maar komt er niets van terecht.

In deze bijdrage wil ik die bevinding illustreren aan de hand van de casus van het toezicht op de zorgverleners en het functioneren van klachtenprocedures in de gezondheidscentra in Tanzania. Dit betrof één van de onderwerpen waarnaar onderzoek zou worden gedaan, maar dat helaas niet goed van de grond is gekomen. In deze bijdrage maak ik gebruik van de (schaarse) gegevens die door de onderzoeksgroep over dit onderwerp zijn verzameld.

De aanleiding voor het onderzoek was een persoonlijke ervaring van één van de medewerkers van Mzumbe University. Toen hij met zijn zieke zoontje bij een lokale health centre aankwam, merkte hij

---

<sup>1</sup> De oude stad van Hanoi kent een vergelijkbare inrichting: bepaalde straten bestaan uit precies dezelfde winkels die hetzelfde product of dienst aanbieden. Deze inrichting is echter wel opgelegd door de overheid (Quang & Kammeier 2002).

<sup>2</sup> Over dit onderzoek is gepubliceerd in De Ridder, Emans, Hulst & Tollenaar (2015).

dat de dokter van dienst niet aanwezig was. Het duurde drie uur voor deze dokter zich meldde en stoïcijns zijn dienst hervatte. In de tussentijd was de wachtkamer volgelopen. Toen de medewerker van Mzumbe eenmaal aan de beurt was, werd een verkeerde diagnose gesteld waardoor zijn zoontje alleen maar zieker werd. De vraag die opkwam, was op welke wijze patiënten invloed kunnen uitoefenen op tekortschietende zorgverlening. Wie houdt toezicht en hoe verhoudt zich dat tot individuele klachtprocedures?

## **2. Staat van de gezondheidszorg in Tanzania**

Dat de ervaring van deze medewerker niet op zich staat, blijkt wel uit de algemene staat van de gezondheidszorg in Tanzania. Op de ranglijst van health systems, samengesteld door de World Health Organization, staat Tanzania op plek 156, net boven Djibouti en net onder Zimbabwe (Tandon et al. 2000, p. 20). Hoewel het in vergelijking tot het verleden beter lijkt te gaan met de Tanzaniaanse gezondheidszorg (Gilson 1995), is het nog altijd niet best gesteld.

Dat heeft twee belangrijke oorzaken. Aan de ene kant is er een grote vraag naar zorg. De enorme bevolkingsgroei en niet aflatende armoede in met name de landelijke gebieden van het land, zijn daar debet aan (Bein et al. 2017; Armstrong Schellenberg et al. 2003).

Aan de andere kant blijkt de gezondheidszorg niet afdoende toegankelijk voor degenen die zorg behoeven. Dat blijkt met name in de plattelandsgebieden een groot probleem. De fysieke afstand tot de zorg is daar tamelijk groot. Daar komt bij dat juist in die gebieden de tekorten aan medicijnen en faciliteiten het grootst zijn (Mamdani & Bangser 2004). Dat het systeem niet kan voorzien in de grote vraag, wordt geweten aan een tekort aan dokters, verpleegkundigen en verloskundigen (Mollel 2010; Mæstad 2006; Kwesigaboa et al. 2012), een gebrek aan kennis en opleiding (Sirili et al. 2017; Mills 2014) en motivatie bij zorgverleners (Lohman et al. 2016).

Daarbij blijken de publieke middelen niet efficiënt te worden verdeeld. Gilson constateert dat met name de toewijzing van zorgverleners niet in verhouding staat tot de daadwerkelijke zorgbehoefte, met als gevolg dat sommige gezondheidscentra overbezet zijn, terwijl in andere centra kampen met een tekort aan personeel (Gilson 1995).

## **3. Organisatie van de gezondheidszorg**

De inadequate verdeling van zorgverleners houdt verband met het eigenlijke onderwerp van ons project in Tanzania: het decentralisatiebeleid. Gezondheidszorg is, net als alle publieke diensten, gedecentraliseerd onder het motto 'decentralization by devolution'. Dat betekent dat de lokale overheid (districten) verantwoordelijk is voor de politieke, administratieve, financiële en personele organisatie van – onder meer – de gezondheidszorg (Shayo et al. 2013). De districten moeten faciliteiten bouwen en onderhouden. Daarnaast dienen de districten de faciliteiten van personeel te voorzien en dit personeel te trainen (Sirili et al. 2017). Dit personeel is in dienst van het district en is in zoverre dus gewoon ambtenaar (Hutchinson 2002).

Op papier ziet de organisatie van de gezondheidszorg er wel redelijk overzichtelijk uit. Op het meest lokale niveau, in de dorpen, zijn 'dispensaries' beschikbaar. Dispensaries verlenen de meest elementaire zorg. In de dispensary is doorgaans een beperkt aantal bedden beschikbaar (ongeveer vier) en zijn maximaal één à twee verpleegkundigen en één 'clinical officer' werkzaam. Een aantal dorpen of straten tezamen vormt een 'ward'. Een ward heeft normaal gesproken een 'health centre' met ongeveer 24 bedden, waar één arts werkzaam is, tezamen met negen verpleegkundigen en nog

een aantal andere zorgverleners, zoals een laborant. Een district hospital (op het niveau van het district) heeft acht 'medical officers' die diagnoses kunnen stellen en 33 verpleegkundigen plus het nodige ondersteunende personeel.

Deze cijfers zijn afkomstig uit een normdocument waarin de centrale overheid aangeeft welk niveau van zorg wordt nagestreefd (Central Government Tanzania 2014). Of deze normen in de praktijk worden gehaald, dus of er daadwerkelijk dispensaries, health centres en hospitals zijn met het voorgeschreven aantal bedden en personeel, kan daar niet uit worden afgeleid. Maar uit onderzoek van Mollel (2010) weten we dat met name in armere districten een groot verschil bestaat tussen deze normen en de realiteit.

#### **4. Toezicht**

De instellingen die binnen de districten gezondheidszorg verlenen, staan onder toezicht van de districten. In de National Health Policy 2003 is hierover het volgende opgenomen:

'At District level the District Health Administration under the respective council authorities has the following roles: (...)

- Coordinates supports supervision, monitoring and inspection for all health facilities and activities in the district' (p. 2-3).

De District Health Administration is in de praktijk het zogenaamde District Health Management Team (DHMT), dat is samengesteld met als doel dat toezicht vorm te geven en te monitoren hoe het met de zorgverlening is gesteld. Deze teams zijn min of meer voorgeschreven in het centrale beleid en hebben een vaste samenstelling, met zowel administratieve als technisch en medisch onderlegde professionals. De achtergrond van de leden past bij de uiteenlopende taken van de DHMT. Aan de ene kant is het DHMT belast met het toezicht op het planningsproces (inventariseren van de wensen binnen het district, deze verwerken in districtsplannen en uiteindelijk voor goedkeuring indienen bij de centrale overheid). En aan de andere kant moet het DHMT toezien op de correcte implementatie van de budgetbeslissingen die centraal worden genomen. Daarnaast zijn de DHMTs belast met het monitoren en evalueren van health services (Ministry of Health Tanzania 2001).

Uit het onderzoek van Bradley et al. (2013) onder leden van DHMTs, blijkt dat deze rol als toezichthouder primair bestaat uit het turven van waargenomen implementatie van nationaal beleid, met het oog op rapportage richting de centrale overheid. Daarbij varieert de mate waarin een instelling bezoek krijgt van deze toezichthouder. Wanneer men het de toezichthouder zelf vraagt, lijkt het erop dat er zeer frequent toezicht plaatsvindt:

'Many teams aimed to visit health facilities every month, although the minimum requirement was that these visits should happen once a quarter.' (Bradley et al. 2013, p. 6).

Uit onderzoek onder de ondertoezichtgestelden (de dispensaries en health centres) rijst echter een ander beeld. Kwesigaboa et al. (2012) stellen vast dat in sommige gevallen dispensaries of health centres in geen maanden bezoek ontvangen van een DHMT.

Daarbij kwalificeren de ondertoezichtgestelden het toezicht als ineffectief. De toezichthouder is vooral bezig met het waarnemen van tekortkomingen en draagt niet bij aan een verbetering van de dienstverlening (Marquez & Kean 2002). Er is geen sprake van 'supportive supervision': een manier van toezicht waarbij de toezichthouder gezamenlijk met de onder toezicht gestelde zoekt naar oplossingen voor geconstateerde problemen (Mollel & Tollenaar 2014).

## 5. Exit, voice and loyalty

Wat kan de patiënt doen indien hij ontevreden is over de (niet) verleende zorg? Dat was immers de vraag die de aanleiding vormde voor dit onderzoek. Dat er ontevredenheid is over de kwaliteit van verleende zorg, staat wel vast (zie bijvoorbeeld Gilson, Alilio & Heggenhougen 1994). Ook de overheid zelf merkt de 'client satisfaction' in de gezondheidszorg aan als één van de belangrijkste doelstellingen van overheidsbeleid (Central Government Tanzania 2003).

Dat maakt het interessant om te bezien hoe ontevreden patiënten hun ontevredenheid over de tekortschietende zorg kenbaar kunnen maken. Hirschman (1970) onderscheidt drie mogelijke reacties: exit, voice en loyalty. De exit-variant zou kunnen bestaan uit het zoeken van een andere aanbieder. Alleen in de stedelijke gebieden is dat een reëel alternatief, en dan ook alleen voor degenen die de zorg kunnen betalen. In stedelijke gebieden zijn immers vaak meerdere (private) aanbieders beschikbaar (Sirili et al. 2017).

Daarnaast kan exit bestaan uit het niet-benutten van geboden zorg, of het aanwenden van zorg uit de niet-officiële sector. Dat laatste betreft de alternatieve geneeskunst door 'traditional healers', een sector die in Tanzania vrij populair is (Gessler et al. 1995). Een voorbeeld daarvan is Babu wa Loliondo, een gewezen lutheraans geestelijke die met magische thee genezing zou brengen tegen tal van kwalen. Zijn kunsten werden actief gefaciliteerd door de overheid, onder meer door de infrastructuur aan te leggen in het gebied waar Babu werkzaam was. De overheid heeft daar overigens ook een bijzonder belang bij, omdat belasting werd geheven onder de bezoekers van Babu (Vähäkangas 2015).

De voice-optie zou bestaan uit het formuleren van een klacht. In de Health Sector Strategic Plan (July 2015-June 2020) staat daarover de volgende passage:<sup>3</sup>

'Client and service provider rights and responsibilities are to be attained at optimal level with maximum use of available resources. The health sector will review and adapt the Clients' Charter that applies a human rights-based approach in health and social welfare. (...) There will be an automated system for receiving users' ratings and complaints, being fed back to the facilities. This will continuously assess customer satisfaction and guarantee fair client complaints' handling procedures and improve accountability to clients and communities.'

Er wordt dus voorgenomen om te investeren in een klachtprocedure. Uit een onderzoek uit 2013, uitgevoerd door Sikika, een non-gouvernementele organisatie die zich bezighoudt met de kwaliteit van de gezondheidszorg, blijkt dat deze klachtprocedures wel beschikbaar zijn, maar dat een groot deel van de patiënten niet op de hoogte is van het bestaan ervan. In het onderzoek blijkt ongeveer een derde van de patiënten geen weet te hebben van het bestaan van zo'n procedure. Daarbij blijft de klachtprocedure vaak beperkt tot een 'suggestion box'. De overgrote meerderheid van de respondenten (60-70%) gaf aan dat deze klachtenprocedure niet bepaald effectief is (Sikika 2013, p. 7-8).

Bradley et al. (2013) stellen vast dat klachten voor de toezichthouder hooguit aanleiding kunnen zijn om de instelling vaker te bezoeken:

'Some DHMT members reported that they prioritised facilities from which they received complaints, where they then used "...another style of supervision, we do call it prompt

---

<sup>3</sup> Te vinden op de volgende website:

[http://www.tzdp.org.tz/fileadmin/documents/dpg\\_internal/dpg\\_working\\_groups\\_clusters/cluster\\_2/health/Key\\_Sector\\_Documents/Induction\\_Pack/Final\\_HSSP\\_IV\\_Vs1.0\\_260815.pdf](http://www.tzdp.org.tz/fileadmin/documents/dpg_internal/dpg_working_groups_clusters/cluster_2/health/Key_Sector_Documents/Induction_Pack/Final_HSSP_IV_Vs1.0_260815.pdf)

supervision and we do this especially on places where we do receive complains” (Bradley et al. 2013).

Klachtprocedures zijn er dus niet primair op gericht om de onkunde van een individuele behandelaar aan de kaak te stellen, maar zijn vooral bedoeld om organisatorisch disfunctioneren bloot te leggen. Hoewel het DHMT wel min of meer functioneert als adviseur voor de werkgever van de zorgverleners (het district) en hun waarnemingen dus in principe wel zouden kunnen leiden tot arbeidsrechtelijke interventies, blijkt dat in de praktijk nauwelijks het geval. Het lijkt niet de bedoeling om tekort schietende behandelaars te bestraffen. Met het oog op ‘supportive supervision’ wordt verwacht dat de toezichthouder meedenkt over de manier waarop de zorg kan worden verbeterd.

Zelfs als er al arbeidsrechtelijke consequenties worden verbonden aan – bijvoorbeeld – herhaaldelijke medische fouten, dan nog wordt daarmee niet voorkomen dat de behandelaar zijn of haar beroep elders uitoefent. Het toezicht is immers niet gericht op de beoordeling van het medisch handelen. Voor dat doel is de Medical Council of Tanganyika opgericht. Deze council heeft als doel

‘(to) guide members of the profession and protect the public against undesirable practice.’<sup>4</sup>

Daartoe houdt de council een beroepsregister bij. In beginsel zou medisch falen kunnen leiden tot het schrappen uit dat register. Er zijn echter aanwijzingen dat de Health Council nauwelijks gebruik maakt van de bevoegdheid om medische professionals te schrappen (Harrington 2003).

Het gebrek aan interventies heeft twee oorzaken. In de eerste plaats lijkt de Council niet ambtshalve onderzoek in te stellen naar medische blunders. Er is ook geen georganiseerd overleg of afstemming tussen de DHMTs en de Medical Councils, waarbij de DHMTs casuïstiek zouden kunnen aandragen voor de Medical Councils. In de tweede plaats blijken individuele patiënten de weg naar de Medical Council niet te kunnen vinden. Dat wordt geweten aan een gebrek aan toegang tot juridische ondersteuning en de moeite die het kost om een klachtprocedure te starten. Harrington (2003) wijst op het paternalistische perspectief van de Tanzaniaanse overheid op gezondheidszorg. In die context past een beeld van de patiënt als gehoorzaam, onderdanig en passief. Procedures gericht op ‘empowerment’ en het mondig maken van de patiënt, zodat de relatie in de spreekkamer meer gelijkwaardig wordt, staan daar juist haaks op.

Wanneer een echte voice ontbreekt, is te voorspellen dat ontevreden patiënten kiezen voor een exit of noodgedwongen opteren voor loyalty. Bij loyalty maakt men wel gebruik van de gezondheidszorg, maar is men nog steeds ontevreden en is er nauwelijks steun voor het voortbestaan ervan. Dat laatste zou problematisch kunnen zijn in de Tanzaniaanse situatie, juist ook omdat van burgers op het meest lokale niveau wordt gevraagd bij te dragen aan de instandhouding van die voorzieningen (Mollel 2010).

## 6. Slotbeschouwing

De medewerker van Mzumbe University die ontevreden was over de verleende zorg en eigenlijk vond dat die arts niet geschikt was voor zijn werk, wist niet waartoe hij zich kon wenden met zijn klacht en had ook overigens geen enkele behoefte om zijn onvrede formeel kenbaar te maken. Het betrof een relatief hoogopgeleide burger, die in principe kan kiezen voor een andere, bijvoorbeeld private, zorgverlener. Dat geeft te denken over in welke positie de gemiddelde burger verkeert, die aanmerkelijk minder te besteden heeft en de capaciteiten zal ontberen om onvrede formeel kenbaar te maken.

---

<sup>4</sup> Zie <http://www.mct.go.tz/>. De competentie van deze council is beperkt tot het vaste land.

Of formele klachtprocedures daadwerkelijk bijdragen aan een verbetering van de publieke gezondheidszorg, valt overigens te betwijfelen. De Tanzaniaanse context, die gekenmerkt wordt door grote schaarste, maakt het immers buitengewoon lastig om al te hoge standaarden te handhaven. De meeste burgers zullen elke vorm van geboden gezondheidszorg prefereren boven een situatie van geen enkele toegang tot gezondheidszorg.

Hoe kan men dan zorgen voor een verbetering van de gezondheidszorg? Dat is typisch een vraag die Tanzaniaanse bestuurskundigen zouden moeten beantwoorden. In de afgelopen paar jaar heeft Rudie een aantal bestuurskundigen opgeleid met als doel hen de instrumenten hiervoor in handen te geven. Rudie toonde zich een ruimhartige supervisor van Wilfred Lameck, die in mei 2017 bij Leo Huberts en hem is gepromoveerd, en een geduldige coach van een groep onderzoekers. En bovenal was hij een inspirerend reisgenoot gedurende de vier uur die het duurt voor de weg tussen het vliegveld bij Dar es Salaam en de kaarsrechte sisselplantages bij Morogoro is afgelegd.

## Literatuur

Armstrong Schellenberg, J. et al. (2003). 'Inequities among the very poor: health care for children in rural southern Tanzania', *The Lancet* February, p. 561-566.

Bein, M.A. et al. (2017). Healthcare spending and health outcomes: evidences from selected East African countries, *African Health Services* (17), p. 247-254.

Bradley, S. et al. (2013). District health managers' perceptions of supervision in Malawi and Tanzania. *Human Resource Health* (11); 43.

Central Government Tanzania (2003). Second Health Sector Strategic Plan (HSSP) (July 2003-June 2008). Dar es Salaam.

Central Government Tanzania (2014). *Staffing levels for ministry of health and social welfare departments, health service facilities, health training institutions and agencies 2014-2019*. Dar es Salaam.

De Ridder, J, Emans, B., Hulst, R., & Tollenaar, A. (2015). *African public administration at work*. Leiden: ASC.

Gessler, M.C. et al. (1995). 'Traditional healers in Tanzania: sociocultural profile and three short portraits', *J. Ethnopharmacol* (48), p. 145-160.

Gilson, L. (1995). Management and health care reform in Sub-Saharan Africa, *Soc Sci Med* (40), p. 695-710.

Gilson, L., Alilio, M., & Heggenhougen, K. (1994). Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania. *Soc Sci Med* (6), p. 767-780.

Harrington, J. (2003). Law and the commodification of health care in Tanzania. *Law Social Justice & Global Development* (2), available at <http://elj.warwick.ac.uk/global/issue/2003-2/harrington.html>.

Hirschman, A.O. (1970). *Exit voice and loyalty: responses to decline in firms organizations and states*. Cambridge, US: Harvard University Press.

Hutchinson, P. (2002). *Decentralization in Tanzania: the view of district health management teams* (USAID working paper).

- Kwesigaboa, G. et al. (2012). Tanzania's health system and workforce crisis. *Journal of Public Health Policy* (33), p 35–44.
- Lohman, J., Houfort, N., & De Allegri, M. (2016). Crowding out or no crowding out? A self-determination theory approach to health worker motivation in performance-based financing. *Social science & medicine* (169), p. 1-8.
- Mæstad, O. (2006). Human Resources for Health in Tanzania: Challenges, Policy Options and Knowledge Gaps (CMI Reports).
- Mamdani, M. & Bangser, M. (2004). Poor people's experiences of health services in Tanzania: A literature review. *Reproductive Health Matters* (12), p. 138-153.
- Marquez, L. & Kean, L. (2002). Making Supervision Supportive and Sustainable: New Approaches to Old Problems (MAQ Paper No. 4). Washington, DC: USAID.
- Mills, A. (2014). Health care systems in low- and middle income countries, *N. Engl J Med* (370), p. 552-557.
- Ministry of Health Tanzania (2001). *District Health management training*.
- Mollet, H.A. (2010). Participation for local development: the reality of decentralisation in Tanzania (diss. Groningen). Leiden: African Studies Centre.
- Mollet, H. & Tollenaar, A. (2014). Goede raad voor toezicht op de gezondheidszorg in Tanzania. In: Winter, H.B., Tollenaar, A., & Marseille, A.T., *Ridderorde: beschouwingen over bestuurlijke organisatie, toezicht en juridisering* (p. 167-178). Oosterwijk: Wolf Legal Publisher.
- Quang, N., & Kammeier, H.D. (2002). Changes in the political economy of Vietnam and their impacts on the built environment of Hanoi. *Cities* (19), p. 373-388.
- Shayo, E., Mboera, L.E.G., & Blystad, A. (2013). 'Stakeholders' participation in planning and priority setting in the context of decentralised health care system: the case of prevention of mother to child transmission of HIV programme in Tanzania', *BMC Health Services Research* (13), 273.
- Sikika (2013). *Availability of effective complaints mechanisms in public health facilities. Experiences from Health Service Users in selected health facilities*.
- Sirili, N. et al., (2017). Training and deployment of medical doctors in Tanzania post-1990s health sector reforms: assessing the achievements, *Human Resources for Health* (15), p. 27.
- Tandon, A. et al. (2000). Measuring overall health system performance for 191 countries (GPE discussion paper No 30). World Health Organization.
- The Citizen 1 maart 2014, 'Plans afoot to expand Dar-Chalinze highway'.
- M. Vähäkangas (2015). Babu wa Loliondo – Healing the tensions between Tanzanian worlds. *Journal of Religion in Africa* (45), p. 3-36.